



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA LUIZA ALMEIDA VALLADÃO

**Concessão de benefício por Incapacidade Temporária em razão de Sofrimento
Psíquico**

BRASÍLIA – DF

2025

MARIA LUIZA ALMEIDA VALLADÃO

**Concessão de benefício por Incapacidade Temporária em razão de Sofrimento
Psíquico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de
Serviço Social como requisito parcial para
obtenção de grau de bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Profa. Dra. Thaís Kristosch
Imperator

BRASÍLIA – DF

2025

N972r Valladão, Maria Luiza Almeida.

Concessão de benefício por Incapacidade Temporária em razão de Sofrimento Psíquico / Maria Luiza Almeida Valladão. – Brasília: Universidade de Brasília, 2025.

51p.

Orientador: Profa. Dra. Thaís Kristosch Imperatori.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, 2025.

1. Sofrimento psíquico. 2. Previdência Social. 3. Precarização do trabalho. I. Valladão, Maria Luiza Almeida. II. Imperatori, Thaís Kristosch. III. Universidade de Brasília. IV. Concessão de benefício por Incapacidade Temporária em razão de Sofrimento Psíquico

CDU.: 576

MARIA LUIZA ALMEIDA VALLADÃO

**Concessão de benefício por Incapacidade Temporária em razão de Sofrimento
Psíquico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de
Serviço Social como requisito parcial para
obtenção de grau de bacharel em Serviço
Social.

Data da aprovação: DD/MM/AAAA

Profa. Dra. Thaís Kristosch Imperatori — Orientador
Mestre/Doutor em XXXXXXXXXXXXX
Professor(a) da Faculdade/Instituto/Departamento (UnB)

Nome completo — Coorientador
Mestre/Doutor em
XXXXXXXXXXXXXX
Professor(a) da Faculdade/Instituto/Departamento (UnB)

Nome completo — Membro da Banca
Mestre/Doutor em XXXXXXXXXXXXX
Professor(a) da Faculdade/Instituto/Departamento (UnB)

Dedico este trabalho a...

AGRADECIMENTOS

A professora, Dra. Thaís Kristosch Imperatori por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação. A Kênia Figueiredo, professora querida que me acompanhou durante o curso de graduação e me incentivou na caminhada acadêmica. A Laryssa Fernandes, amiga que me inspira na vida e na profissão, que me ensinou muito na graduação. A minha mãe, mulher inteligentíssima, que esteve comigo em todos os momentos desse processo. A minha família que me apoiou tanto. As minhas amigas, em especial a Uinne, que foram suporte fundamental. A todos (as) aqueles (as) que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a concessão do benefício por incapacidade temporária em decorrência de condições de sofrimento psíquico entre os anos de 2020 e 2022. Para isso, são abordados três aspectos centrais: a Previdência Social no Brasil e as contrarreformas; O impacto do sofrimento psíquico na realidade social e na vida dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros; Concessão do Benefício por Incapacidade Temporária em decorrência de Transtornos Mentais e Comportamentais. Isto, considerando também, as especificidades desse benefício e o perfil dos trabalhadores brasileiros. A pesquisa considera que a intensificação de fatores estressantes, as condições precárias de trabalho e os desafios sociais foram determinantes para o número significativo de casos de adoecimento mental entre os trabalhadores. O recorte temporal de 2020 a 2022 têm impacto da pandemia de Covid 19 e as mudanças no cenário político e econômico brasileiro, especialmente com a eleição do governo Bolsonaro. A metodologia da pesquisa foi pautada pela abordagem qualitativa. Nessa direção, se efetuou a coleta de dados por meio de revisão bibliográfica e análise documental. Também foram consultadas fontes de dados secundários, o Anuário Estatístico da Previdência Social e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A partir disso, foi observado o trabalho precarizado como fator de adoecimento psíquico, com a questão de gênero sendo um agravante. Observou-se, também, que o contexto pandêmico de medo generalizado e os desmantelamentos das políticas públicas de saúde mental ocorridos durante o governo Bolsonaro foram fatores que favoreceram para o sofrimento mental e, como consequência, a concessão do benefício nesse período.

Palavras-chave: Concessão do Benefício por Incapacidade Temporária. Sofrimento psíquico. Previdência Social. Precarização do trabalho.

ABSTRACT

This study aims to analyze the granting of temporary disability benefits due to conditions of psychological distress between the years 2020 and 2022. To achieve this, three central aspects are addressed: Social Security in Brazil and its counter reforms; the impact of psychological distress on social reality and the lives of Brazilian workers; and the granting of Temporary Disability Benefits due to Mental and Behavioral Disorders. This analysis also considers the specificities of this benefit and the profile of Brazilian workers. The research highlights that the intensification of stress factors, precarious working conditions, and social challenges were key determinants for the significant number of mental illness cases among workers. The selected time frame (2020–2022) encompasses the impact of the Covid-19 pandemic and changes in the Brazilian political and economic landscape, particularly with the election of the Bolsonaro government. Through this analysis, the study aims to contribute to the debate on public policies focused on protecting mental health in the workplace. The research methodology was based on a qualitative approach. In this sense, data was collected through bibliographic review and documentary analysis. Secondary data sources were also consulted, the Social Security Statistical Yearbook and the National Household Sample Survey (PNAD). From this, precarious work was observed as a factor in psychological illness, with the issue of gender being an aggravating factor. It was also observed that the pandemic context of widespread fear and the dismantling of public mental health policies that occurred during the Bolsonaro government were factors that favored mental suffering and, as a consequence, the granting of the benefit during this period.

Keywords: Granting of Temporary Disability Benefit. Psychological Distress. Social Security. Labor Precarization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Painei IBGE - Pesquisa PNAD Mercado de Trabalho no Brasil	20
Tabela 2 – Benefícios concedidos no período de 2020 a 2022	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2022	21
Figura 2 – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022	22
Figura 3 – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022	22-23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Doenças relacionadas ao trabalho - Transtornos mentais e comportamentais	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIT	Benefício por Incapacidade Temporária
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centros de atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
EC	Emenda Constitucional
ESFs	Equipes de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos

SRT	Serviços Residências Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL, CONTRARREFORMAS E BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	14
1.1 As origens da Previdência Social no Brasil.....	14
1.2 A Previdência Social no período pós Constituição Federal de 1988.....	15
1.3 A trajetória das contrarreformas da previdência social no Brasil.....	16
1.4 Perfil dos trabalhadores no Brasil.....	19
2 O IMPACTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REALIDADE SOCIAL E NA VIDA DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS BRASILEIROS	25
2.1 Sofrimento psíquico e trabalho no capitalismo	25
2.2 A terceirização como fator de sofrimento psíquico no contexto laboral	28
2.3 Trabalho e políticas de saúde.....	31
3 CONCESSÃO DO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM DECORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS....	33
3.1 Contextualização do Benefício Incapacidade Temporária	33
3.2 O recorte 2020 e 2022 - governo Bolsonaro e a Pandemia de COVID-19 ..	36
3.3 O impacto do sofrimento psíquico na realidade social e na vida dos trabalhadores brasileiros.	41
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	46

INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso a seguir tem por objeto a concessão do benefício por incapacidade temporária por sofrimento psíquico. Isto, partindo da relação entre o trabalho inserido no capitalismo e o sofrimento psíquico, considerando as particularidades do processo sócio-histórico brasileiro.

Para guiar a pesquisa foram elaboradas as seguintes questões de partida: Qual é o impacto do sofrimento psíquico na realidade social e na vida dos trabalhadores brasileiros? O que é o Benefício por Incapacidade Temporária e como tem sido a concessão do benefício ao longo do tempo? Quais as principais situações de saúde que levam à concessão do Benefício por Incapacidade Temporária? Como a concessão do Benefício por Incapacidade Temporária reflete questões de gênero e raça?

O objetivo do trabalho é compreender a concessão do benefício por incapacidade temporária no período de 2020 a 2022. O recorte temporal considera a pandemia de COVID-19 e as transformações sociais, econômicas e sanitárias realizadas durante o governo de Jair Bolsonaro. Essas mudanças agravaram as condições de trabalho para muitos, intensificando fatores estressantes e deteriorando o bem-estar mental dos trabalhadores.

Como objetivos específicos são: Analisar a trajetória histórica de construção do Benefício por Incapacidade Temporária; Investigar a relação entre saúde mental, sofrimento psíquico e trabalho no contexto brasileiro; e Compreender o perfil dos Benefícios por Incapacidade Temporária concedidos entre 2020 e 2022.

Destaca-se que o benefício por incapacidade temporária, anteriormente denominado auxílio doença, desempenha um papel fundamental na proteção social de trabalhadores em períodos de incapacidade laboral. Entre 2020 e 2022, a concessão desse benefício refletiu a crescente influência da saúde mental no ambiente de trabalho, evidenciando os impactos das condições laborais e dos desafios sociais sobre o bem-estar dos trabalhadores. Compreender essa relação pode vir a auxiliar na orientação de políticas públicas que reduzam os efeitos negativos da precarização do trabalho e promovam melhores condições de saúde mental.

A metodologia utilizou uma abordagem qualitativa. Nessa direção, foi realizada a coleta de dados por meio de revisão bibliográfica e análise documental. A primeira compreende levantamento de bibliografia publicada sobre o objeto de estudo para contextualização e

problematização. O material selecionado congregou a produção científica de autores/as e pesquisadores/as sobre o assunto, como livros, artigos científicos, Trabalhos de Conclusão de Curso, dissertações e teses. A segunda, refere-se à análise documental a partir de leis, portarias normativas, planos, programas e projetos. Essa seleção se deu por levantamento de informações em sites oficiais, sobretudo, por parte do Governo Federal, principalmente dos órgãos responsáveis pela política de previdência social. Após a localização e a seleção do material foi feito o estudo da documentação, com vistas à sistematização das informações e tratamento de dados para a integração do texto final.

Assim, no primeiro capítulo será abordado Previdência Social no Brasil, contrarreformas e Benefício por Incapacidade Temporária. No capítulo 2, O impacto do sofrimento psíquico na realidade social e na vida dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros. E no capítulo 3, Concessão do Benefício por Incapacidade Temporária em decorrência de Transtornos Mentais e Comportamentais.

1 PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL, CONTRARREFORMAS E BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1.1 As origens da Previdência Social no Brasil

O seguro social no Brasil tem seu início datado bem antes da Constituição de 1988. A Lei Eloy Chaves, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para ferroviários, já na lógica de seguro, em 1923, ainda muito restrito a categorias específicas de trabalhadores. A CAP era o departamento que recolhia a contribuição do patrão e dos funcionários ferroviários e pagava o benefício aos aposentados e pensionistas. À época, para se aposentar o funcionário deveria ter no mínimo 50 anos de idade e 30 anos de contribuição na companhia ferroviária (Westin, 2019). Westin ainda destaca que a lei não foi bem recebida pelos empresários das ferrovias, resistindo aos direitos dos trabalhadores.

Importante ressaltar que o seguro social, previsto na Previdência Social, garante proteção apenas aos trabalhadores formais e não a população no geral, por mais que atualmente, o seguro social vise garantir proteção social a partir do solidarismo, “doutrina da repartição coletiva das responsabilidades e dos riscos sociais” (Lanzara, 2018, p.468). O trabalho assalariado é condição para o acesso à proteção social (Silva, 2011, p. 53).

Ao longo dos anos, depois da Lei Eloy Chaves, foram se ampliando os trabalhadores com cobertura pelo seguro social por meio da criação de novas CAPs. O governo Vargas implantou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), na década de 1930, unificando as CAPs e IAPs, para estimular a poupança e melhorar seu controle (Silva, 2011). Esse modelo abarcou um número expressivo de trabalhadores contribuintes, já que não se restringia mais apenas a uma categoria. Os IAPs, então, passam a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas.

Com os Iaps, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. São eles: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social (Baptista, 2007, p.37).

No Brasil, como país periférico do capitalismo, o protagonismo central da proteção social é restrita e está na previdência alicerçada na Consolidação das Leis do Trabalho de 1943. No processo de industrialização do capitalismo, "as indústrias nascentes necessitam que os trabalhadores retornem o mais rápido possível para os postos de trabalho, de maneira a não prejudicar a produtividade" (Salvador, Boschetti, 2003, p.100).

Em 26 de agosto de 1960, é sancionada A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), Lei nº 3.807, estabeleceu as bases do sistema previdenciário brasileiro. A lei passou a assegurar acesso a benefícios, como o auxílio-doença.

Em 1963 foi publicada a Lei 4.214, inaugurando a proteção previdenciária para os rurícolas. Previu a contribuição de 1% sobre a produção comercializada, a ser recolhida antes do transporte dos produtos. Essa mesma lei previu o pagamento dos seguintes benefícios: assistência à maternidade; auxílio-doença; aposentadoria por invalidez ou velhice; pensão aos beneficiários em caso de morte; assistência médica e auxílio-funeral. (Anfip, 2023, p. 51).

Em 1966, todos os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando a gestão dos benefícios previdenciários. O auxílio-doença permaneceu consolidado como um dos benefícios oferecidos pelo INPS. No capítulo 2, da Lei Orgânica da Previdência Social de 1960, o artigo 24 estabelece que: “o auxílio-doença será concedido ao segurado que, após haver realizado 12 (doze) contribuições mensais, ficar incapacitado para o seu trabalho por prazo superior a 15 (quinze) dias” (Brasil, 1960).

1.2 A Previdência Social no período pós Constituição Federal de 1988

Em 1988, a Constituição Federal é constituída como um marco no avanço da cidadania e da redemocratização no Brasil. A Previdência Social está prevista no artigo 6 da Carta Magna, que trata dos "Direitos Sociais". Ela é um dos pilares da seguridade social, juntamente com as políticas de assistência social e a saúde. De acordo com o artigo 194, "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988).

Para manter-se alinhada, a Seguridade Social segue uma série de princípios previstos na Constituição. Os princípios gerais incluem a igualdade, que garante direitos e obrigações iguais para homens e mulheres perante a lei; a legalidade, que estabelece que ninguém pode ser obrigado a agir senão conforme a lei; e o direito adquirido, que protege direitos já estabelecidos, atos jurídicos perfeitos e coisas julgadas. No âmbito da seguridade social, os princípios específicos são: solidariedade implícita, universalidade da cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios para populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação de serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, diversidade no financiamento, equidade na participação do custeio e democracia e descentralização na

administração, com gestão quadripartite envolvendo trabalhadores, empregadores, aposentados e governo (Mello; Oliveira, 2022, p.1647).

Assim, a Seguridade Social brasileira, parte de um sistema que já existia, que protegia os empregados estáveis, Silva (2011) explica que as pressões sociais durante o processo constituinte reforçaram a inclinação Beveridgiana do sistema, contribuindo para a ampliação de seu caráter híbrido. Dessa maneira, esse sistema híbrido, unindo o pensamento de seguro, bismarckiano, e a lógica da assistência, Beveridgiana, “conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (Boschetti, 2009, p.8).

Em 1990, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) foi criado pela fusão do INPS com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). A criação do INSS consolidou a gestão dos benefícios previdenciários e assistenciais, incluindo o auxílio-doença. O INSS é uma instituição pública que garante direitos aos segurados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Com a onda neoliberal de 1990, a Seguridade Social com todos os seus princípios encontrou dificuldades para ser consolidada. A lógica neoliberal priorizou a redução do papel do Estado e a flexibilização das relações de trabalho. Nesse contexto, a crise econômica foi marcada pelo Estado mantendo distância dos compromissos redistributivos.

1.3 A trajetória das contrarreformas da previdência social no Brasil

Ao longo da história, a previdência social passou por uma série de contrarreformas, que restringem direitos previstos anteriormente e algumas até ferem os princípios da Seguridade Social, ligadas a crises do capital e movimentos políticos e econômicos. O movimento de contrarreforma da Previdência Social tem origem na crise estrutural do capital financeiro, arrastada desde a década de 1970, agravada a partir de 1990,

No Brasil inicia-se uma estratégia de desregulamentação do mercado de trabalho a partir da década de 1990, acompanhada pela visão neoliberal. Esse processo passa por conjunto de medidas legais visando a flexibilização das condições de remuneração da força de trabalho, flexibilização das condições de uso da força de trabalho; alterações nos marcos de proteção e assistência à força de trabalho e modificações na estrutura sindical e da justiça de trabalho (Salvador, Boschetti, 2003, p.103).

O discurso vindo da crise foi embasado na desqualificação do Estado, como se os serviços estatais fossem ineficientes. Dessa forma, os serviços, a partir desse discurso neoliberal, passam cada vez mais a tornar-se mercadorias. E seus efeitos, dentre outros, são a mercantilização de serviços, a privatização, a focalização, a refiltoralização e a ONGuização. Dessa maneira, a precarização das condições de trabalho impactou diversos níveis da divisão social e técnica do trabalho, trazendo consequências para a classe trabalhadora.

A previdência social, como a maior política de redistribuição de renda do país, foi um dos principais alvos da austeridade neoliberal nas políticas sociais. Sofreu fortes ataques nos últimos anos, materializando um processo de “contrarreforma” previdenciário que ganhou efervescência em 1995, com a ascensão de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à Presidência da República, transitando nas gestões petistas e se espraiando até os dias atuais nos moldes da ortodoxia neoliberal que prevê uma terceira reestruturação previdenciária ainda mais restritiva que as anteriores (Alano, Joana, 2017, p. 3).

Com o avanço de contrarreformas em setores como saúde, assistência social, previdência, educação, trabalho e tributação, observa-se um cenário de grandes transformações que afetam profundamente as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, que depende exclusivamente de sua força laboral para suprir suas necessidades básicas. Esse contexto revela tempos desafiadores, agravados pelo desemprego estrutural que atinge visceralmente tanto jovens quanto adultos (Alano, Joana, 2017).

Contudo, o avanço ainda mais forte da extrema-direita, toma maiores proporções já em 2016, com o “golpe parlamentar-jurídico-midiático”¹ (Cartaxo; Cabral, 2021), sendo implementadas medidas ultra neoliberal do governo Temer (2016-2017). Uma das principais medidas adotadas por Temer foi a contrarreforma da previdência, em 2016, promovendo a extinção de direitos com cancelamento de benefícios. Em 2019, com a eleição de Jair Bolsonaro como presidente do Brasil, esse processo intensifica-se com uma nova contrarreforma previdenciária.

A nova conjuntura, a partir da eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, candidato de ultradireita, cuja programática é fundamentada em princípios conservadores, baseada e apoiada pela ala fundamentalista evangélica, segue a linha da programática anterior associada a uma forte pressão ideológica, com o aprofundamento do desmonte dos direitos sociais e trabalhistas, com uma política de ajuste fiscal e ações econômicas que favorecem o capital financeiro (Cartaxo; Cabral, 2021, p. 60).

¹ Esse processo refere-se ao impeachment da então presidente Dilma Rousseff.

São adotadas medidas de retrocessos sociais como "redução de salários e jornadas de trabalho, a suspensão de contratos, a extinção de direitos, evidenciando o escopo dos arranjos econômicos" (Cartaxo; Cabral, 2021, p.53). Então, em 2019, a Emenda Constitucional (EC) 103/2019, promoveu mudanças profundas no Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e no Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos (RPPS). Essa normativa altera aspectos como idade mínima para aposentadoria, tempo de contribuição e inclui regras de transição para os segurados, ajustes para o cálculo do salário de benefício, da carência, do tempo de contribuição e da qualidade de segurado. Atentando-se ao RGPS, o orçamento continuou unificado, porém com rubricas específicas para cada área, evidenciando o reforço da lógica do seguro social e rompendo com a lógica da solidariedade.

Além disso, houve mudanças no critério de acesso, dificultando ainda mais a aposentadoria; mudanças no cálculo do valor dos benefícios, sendo agora, 60% da média de todas as contribuições; e mudanças também nos critérios para acesso aos benefícios. "Todo esse processo de contrarreformas previdenciárias visa à sua financeirização em prol da sua privatização e demole a previdência social pública" (Cartaxo; Cabral, 2021, p. 63).

Após a EC 103/2019 ocorreram mudanças significativas na concessão e no acesso à benefícios previdenciários. O inciso I do art. 201 (anterior à EC nº 103/2019) garantia a cobertura de eventos de doença e invalidez, cuja regulamentação da Lei nº 8.213/1991 previa a concessão de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente. A EC nº 103/2019 passou a estabelecer no art. 201, I, da CF, a cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada (Lazzari, 2023).

O Benefício por Incapacidade Temporária (BIT), antigo auxílio-doença, apesar de por muitos autores ser considerado um dos pontos com menos alterações após a Emenda, sofreu mudanças significativas, como no nome e no seu cálculo.

Art. 39. Conforme art. 26 da EC nº 103, de 2019, o auxílio-doença passa a ser chamado auxílio por incapacidade temporária e poderá ser concedido nas modalidades previdenciária e acidentária, observado, quanto ao cálculo do valor do benefício, o disposto no art. 35 (Brasil, 2020).

Sobre o valor do benefício, anteriormente, o cálculo do salário-benefício era realizado considerando 80% das maiores contribuições do segurado, enquanto os 20% das menores contribuições eram excluídos do cálculo. Para isso, somavam-se os 80% das contribuições mais altas e dividia-se pelo número de meses correspondentes a essas contribuições. O valor resultante era o salário-benefício, que, no caso do auxílio-doença, era multiplicado por 0,91 ou

91% para determinar o valor final do benefício, conforme estabelecido pela Lei nº 8.213/91. Portanto, a alíquota de 91% (noventa e um por cento) era aplicada sobre a média dos 80% (oitenta por cento) maiores salários de contribuição do trabalhador.

Com a reforma previdenciária de 2019, o cálculo do auxílio-doença passou a incluir 100% (cem por cento) de todas as contribuições, abrangendo também as de menor valor. Essa mudança resultou na redução do valor final do benefício, uma vez que as contribuições mais baixas agora influenciam diretamente no cálculo do montante pago. Assim, o valor final do benefício sofrerá uma redução considerável.

De acordo com as novas regras, o INSS poderá determinar, por meio de avaliação médico-pericial, o prazo considerado adequado para a recuperação da capacidade de trabalho do segurado. Nesses casos, não será necessário agendar perícias sucessivas para verificar a reabilitação. Se o prazo estipulado para a recuperação da capacidade de trabalho for insuficiente, o segurado poderá solicitar uma nova perícia médica através de um pedido de prorrogação, que deve ser feito nos 15 (quinze) dias anteriores à cessação do benefício.

Outro ponto é que a qualidade do segurado pode ser perdida caso pare de contribuir por um tempo, embora seja possível recuperá-la. Após a EC 103/2019 tem-se que o trabalhador que voltar a contribuir novamente durante 6 (seis) meses, terá sua qualidade de segurado restabelecida, podendo ser beneficiado (Mello; Oliveira, 2022).

1.4 Perfil dos trabalhadores no Brasil

Há uma relação direta entre a regulamentação da força de trabalho e da proteção social, enfatizando o limite da previdência social de abarcar apenas trabalhadores assalariados formais. Esses dois fatores, "espelham a correlação de forças na sociedade e contam com a participação fundamental do Estado" (Salvador, Boschetti, 2003, p. 95). E a lógica da previdência social só se materializa se os trabalhadores estiverem em uma relação estável de trabalho (Salvador, Boschetti, 2003). Caso contrário, os trabalhadores excluídos do acesso ao emprego formal e que não contribuem para a previdência estão sujeitos a desproteção social, caso, por algum motivo, percam sua capacidade laboral.

A não instituição de uma “sociedade salarial” no Brasil, que se caracterizaria pela generalização de empregos assalariados estáveis e garantidores de direitos, faz com que aproximadamente metade da população economicamente ativa permaneça fora do

mercado formal de trabalho e, portanto, sem garantia de acesso aos direitos decorrentes do trabalho (Boschetti, 2009, p.10).

Tabela 1: Painel IBGE - Pesquisa PNAD Mercado de Trabalho no Brasil

Trimestre Ano	Pessoas em idade de trabalhar	Pessoas na força de trabalho	Pessoas fora da força de trabalho
1º Tri/2020	169.427	106.263	63.164
1º Tri/2021	171.084	102.339	68.746
1º Tri/2022	172.678	107.224	65.454
Porcentagem			
1º Tri/2020	169.427	62,71%	37,20%
1º Tri/2021	171.084	59,80%	40,10%
1º Tri/2022	172.678	62,09%	37,90%

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), 2023.

Os dados acima incluem todas as pessoas na força de trabalho que contribuem ou não para a previdência, aqueles que estão no mercado formal e informal. De acordo com o IBGE na pesquisa “Características adicionais do mercado de trabalho 2022”, em 2020, o mercado de trabalho foi fortemente impactado pela pandemia da COVID-19, resultando em uma queda significativa na população empregada. Já em 2022, observou-se uma recuperação dos indicadores, com o retorno aos níveis pré-pandemia.

Em 2021, houve uma queda no número das “pessoas na força de trabalho”, mesmo o número das “pessoas em idade de trabalhar” sendo consideravelmente mais alto que em 2020. Uma das interpretações possíveis seria a pandemia de COVID-19 e a falta de proteção social e incentivo do governo Bolsonaro para a garantia de permanência no emprego nesse período, assegurando certa proteção à população limitada de trabalhar presencialmente devido ao cenário epidêmico.

Segundo o IBGE,

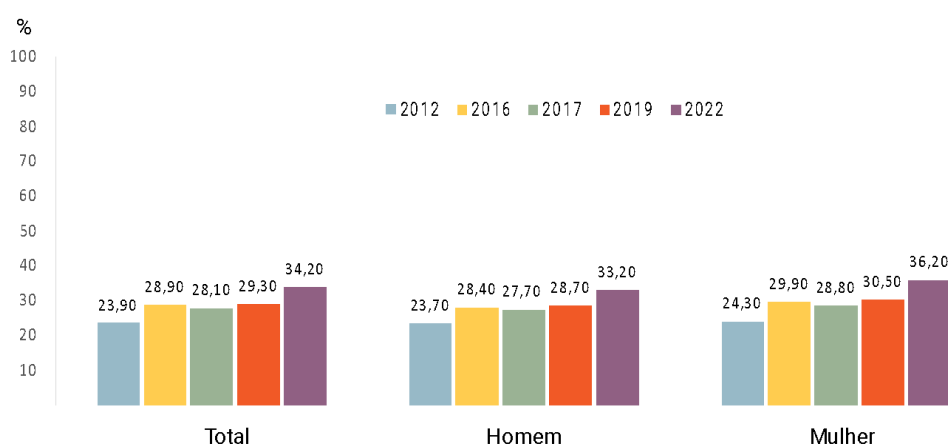
Em 2020, houve perda generalizada de ocupação nos grupamentos de atividades, sendo as mais acentuadas nos denominados serviços presenciais, tais como Alojamento e alimentação, Serviços domésticos e Outros serviços, cuja dinâmica de funcionamento, muitas vezes, era inviável diante de um cenário de alta transmissão e infecção pelo novo coronavírus e a ausência de vacinação em massa da população” (IBGE, 2023, P.2).

Sobre o mercado de trabalho informal, o fenômeno da pejetização, mostrou-se em linha crescente ao longo dos anos, seguindo a lógica neoliberal de “empresário de si” e “dono do próprio tempo”, contribuindo para a desproteção trabalhista e a esvaziada do movimento

sindical, fortalecendo o capital. Assim, menos pessoas com carteira assinada, e portanto, sem acesso à previdência e aos benefícios previdenciários.

O IBGE mostra no Registro no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ, que “em 2022, dos 30,2 milhões de empregadores e conta própria, 10,3 milhões (34,2%) estavam em empreendimentos registrados no CNPJ, apontando importante crescimento em relação a 2019 (29,3%)” (IBGE, 2023).

Figura 1: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2022.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios.

Embora os homens fossem maioria entre empregadores e trabalhadores por conta própria, a porcentagem de pessoas com registro no CNPJ nessas categorias era ligeiramente maior entre as mulheres (36,2%) em comparação aos homens (33,2%). Além disso, entre 2019 e 2022, houve um avanço mais acentuado no registro de CNPJ entre as mulheres, com um crescimento de 5,7 pontos percentuais, em contraste com o aumento de 4,5 pontos percentuais entre os homens (IBGE, 2023).

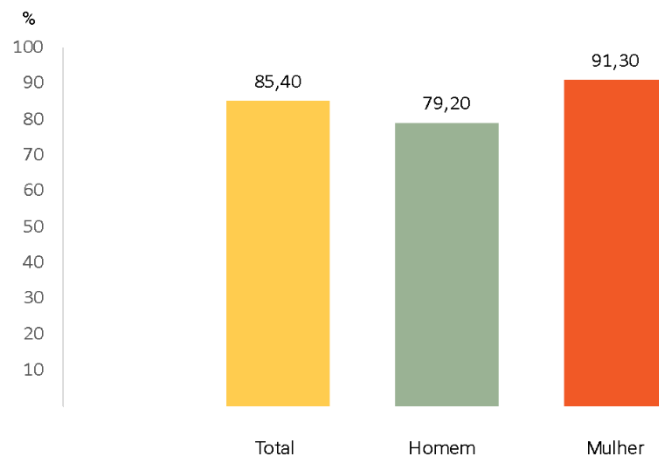
Para além do mercado formal e do registro no CNPJ, o IBGE também destaca “outras formas de trabalho” na PNAD Como eixo de compreensão para o perfil dos trabalhadores, é importante considerar os trabalhos não-remunerados ou as “outras formas de trabalho” compreendidos na realidade brasileira.

Outras formas de trabalho abarca “os afazeres domésticos no domicílio ou em domicílio de parente; o cuidado de pessoas (crianças, idosos, enfermos ou pessoas com

necessidades especiais) no domicílio ou de parentes não moradores; a produção para o próprio consumo; e o trabalho voluntário” (IBGE, 2023).

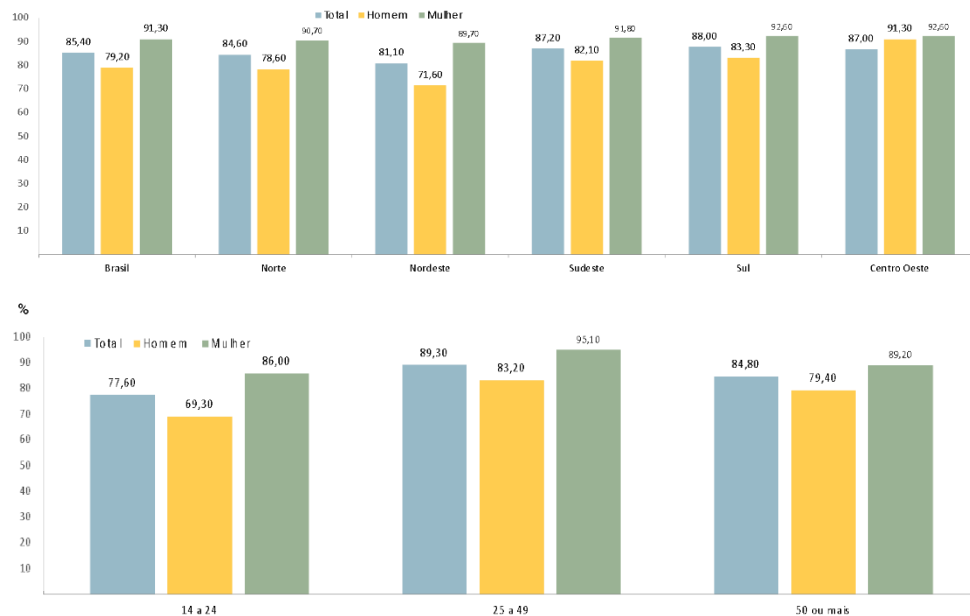
Infelizmente, não há dados disponíveis dos anos de 2020 e 2021, devido a impossibilidade de realizar a pesquisa por causa da COVID-19.

Figura 2: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022

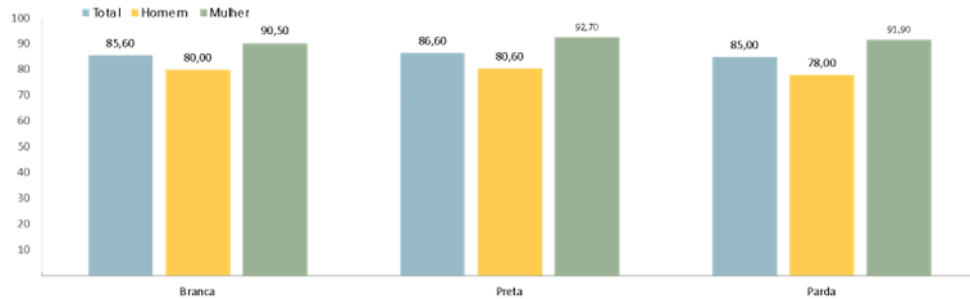


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios.²

Figura 3: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022



² Pessoas de 14 anos ou mais de idade.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios³

Há uma disparidade entre o percentual de afazeres domésticos por homens e mulheres. A PNAD mostra a proporção desigual dessa “outra forma de trabalho”, que historicamente está ligada ao fazer feminino, principalmente de mulheres pretas e pardas, e por mais que tenha tido algum avanço, ainda continua sendo um ponto estrutural no mundo de trabalho e nas relações sociais.

A começar pela realidade da previdência para mulheres. Estas tiveram acesso à previdência de forma tardia e diferenciada, em relação aos homens (Rodrigues, 2021). Além de, receberem historicamente salários rebaixados, o que repercute diretamente na previdência, já que o benefício é proporcional ao valor contribuído previamente.

As mulheres enfrentam jornadas de trabalho extensivas, intensas e muitas vezes intermitentes, além de serem socialmente responsabilizadas pelas tarefas de reprodução e cuidado. Essa sobrecarga reflete a naturalização dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, perpetuando uma divisão desigual do trabalho tanto no espaço público quanto no privado. Diferente dos homens, cuja responsabilidade costuma se limitar ao ambiente laboral formal, as jornadas femininas se estendem para além do trabalho remunerado, invadindo o espaço doméstico. Nesse contexto, as mulheres assumem a maior parte das tarefas domésticas e de cuidado, como limpeza, alimentação e cuidado de filhos e idosos, o que configura uma dupla ou até tripla jornada de trabalho.

Os papéis sociais atribuídos ao sexo feminino e masculino são construções sociais frutos dos sistemas de dominação-exploração que buscam a naturalização da identidade social dos sexos para benefício das classes dominantes no processo de acumulação capitalista (Rodrigues, 2021, p.96).

³ Taxa de realização de afazeres domésticos é a proporção de pessoas de 14 anos ou mais de idade que realizaram afazeres domésticos no próprio domicílio ou em domicílio de parente, no total de pessoas de 14 anos ou mais de idade.

Dessa forma, as mulheres têm maior dificuldade em acessar e permanecer no mundo do trabalho. A divisão sexual do trabalho, ainda separa o trabalho feminino enquanto reprodutivo e ligado ao espaço privado. Enquanto o masculino, é marcado pelo espaço público. Contudo, ao longo dos anos, também foi atribuído às mulheres o dever de prover financeiramente para o sustento da família. Assim, acumulam-se as funções dos dois sexos no sexo feminino.

Para além das tarefas atribuídas às mulheres trabalhadoras brasileiras, a taxa de desemprego entre as mulheres em 2019, era de 15%, superior em 20% à dos homens. Além disso, recebem salários 20% inferiores e 14 milhões não têm condições de contribuir para o INSS (Cartaxo; Cabral, 2021, p. 62). Rodrigues (2021) ressalta que a persistência da desigualdade de gênero mantém as mulheres em condições desfavoráveis no acesso à previdência social.

2 O IMPACTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REALIDADE SOCIAL E NA VIDA DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS BRASILEIROS

2.1 Sofrimento psíquico e trabalho no capitalismo

Conforme discutido no Capítulo 1 sobre o perfil dos trabalhadores brasileiros, nota-se uma transformação significativa nas características das trabalhadoras e dos trabalhadores ao longo dos anos. “Hoje, a classe trabalhadora é mais ampla, heterogênea, complexa e fragmentada do que o proletariado industrial do século XIX e do início do século XX” (Antunes, 2018, p. 89). Assim, incorpora tanto trabalhadores produtivos, quanto os improdutivos, sendo que um mesmo trabalho pode gerar atividades produtivas e improdutivas⁴. Dessa forma, há uma ampliação nas formas de trabalho (Antunes, 2018).

Dessa maneira, o trabalho demarca seu caráter social, de reprodução das relações sociais, sendo ele a condição básica e fundamental de toda a vida humana, na visão de Engels. Assim, o trabalho não é unicamente a força bruta, e sim, as capacidades físicas e mentais. Contudo, no modo de produção capitalista, as capacidades humanas são trocadas por salário e o sujeito não se reconhece durante o processo de trabalho.

O contexto atual é de mais trabalhadores e trabalhadoras, contudo de menos emprego. Antunes (2018) afirma que vivemos uma fase inédita de desconstrução do trabalho na era moderna, caracterizada pelo crescimento da informalidade e da precarização em diversas formas. Portanto, ao considerar a previdência social limitada ao trabalho formal, conclui-se que há menos cidadãos com a proteção social garantida.

Assim, uma nova realidade da classe trabalhadora é identificada, inserida no mundo maquinal-informacional-digital, marcado por um cenário de terceirização, informalidade e precarização. Nesse contexto, os sujeitos dependem cada vez mais de forma exclusiva do trabalho para sobreviver e mais situações instáveis e precárias, senão o desemprego (Antunes, 2018). Vive-se sob a ameaça de ser substituível e descartável, portanto, os trabalhadores se submetem a condições extremamente precárias de trabalho para sobreviver. Dessa maneira, há

⁴ O trabalho produtivo é aquele que gera mais-valia (mais-valor), o valor excedente do qual se origina o lucro e trabalho improdutivo não gera mais-valia diretamente. Ambos têm função importante para a manutenção da ordem capitalista.

o primeiro indício de alienação, o trabalhador, assim como qualquer mercadoria, precisa vender sua força de trabalho a outra pessoa para garantir sua sobrevivência.

Dessa maneira, os que permanecem empregados enfrentam a deterioração de seus direitos sociais e a perda de conquistas históricas, resultado da lógica predatória do capital, que, ao excluir centenas de milhões de pessoas do universo produtivo em sentido amplo, simultaneamente desenvolve, novas formas de exploração do trabalho (Antunes, 2018). “Atualmente, especialmente no Brasil, observa-se a intensificação do processo de concessões e de privatizações em diversos setores acompanhado de uma intensa destituição de direitos políticos e sociais recentemente conquistados no país” (Machado, Giongo, Mendes, 2016, p. 229).

“Neste conturbado século XXI, o desafio maior é dar sentido autoconstituente ao trabalho humano de modo a tornar a nossa vida fora do trabalho também dotada de sentido” (Antunes, 2018, p. 26). A vida dentro e fora do trabalho esvaziada de sentido tem o potencial de adoecer o indivíduo, dedicar-se exclusivamente ao trabalho, com longas jornadas, encarar o trabalho doméstico depois do expediente e não ter tempo para dedicar-se às relações e muito menos ao lazer, tira o sentido de vida do sujeito. Esse processo faz parte da alienação, na medida em que gera o afastamento do trabalhador de seus meios de vida (Zgiet, 2021). O capital rouba sua subjetividade. “A efetivação do trabalho é a desefetivação do trabalhador, a objetivação do trabalho é a perda do objeto e a servidão ao objeto, a apropriação é estranhamento e alienação” (Zgiet, 2021, p. 57).

O trabalho emancipador, na ontologia do ser social, é o que dá sentido à vida dos sujeitos, não a exploração do capital visando apenas o lucro do empregador, inclusive Antunes (2018) ressalta que, embora o trabalho seja uma atividade essencial e multifacetada, quando passa a dominar completamente a vida humana, torna-se uma experiência desgastante, alienante e limitadora. Em o “Privilégio da Servidão”, Antunes (2018) destaca que a intensa exploração do trabalho tem adoecido não só os trabalhadores brasileiros, mas em outros lugares do mundo. Ele relata sobre o aumento de suicídios desde 2010 de trabalhadores terceirizados da Foxconn, onde são fabricados iPhones. Os trabalhadores são submetidos ao cumprimento de metas, muitas vezes impostas por meio de práticas de assédio, que podem levar ao adoecimento, à depressão e até ao suicídio. Zgiet (2021) aponta que o suicídio relacionado ao trabalho é um problema em ascensão no Brasil, na França e no Japão.

Segundo Antunes (2018), o adoecimento relacionado ao trabalho na

contemporaneidade está vinculado a novas enfermidades que emergem das mudanças nas formas de produção e organização laboral. “O trabalhador sente-se junto de si quando fora do trabalho e fora de si quando no trabalho” (Zgiet, 2021, p.58).

A pressão psicológica para o aumento da produtividade, somada à insegurança e à vulnerabilidade características das condições precárias de trabalho, intensifica o desgaste físico e mental dos trabalhadores. A flexibilização, elemento central do capitalismo financeirizado, é apontada como um dos principais mecanismos que promove a "precarização estrutural do trabalho em escala global". Esse contexto gera um ambiente laboral marcado por baixa proteção e ausência de controle sobre os processos de trabalho por parte dos trabalhadores, resultando na alienação e no estranhamento-de-si.

A alienação do trabalhador em seu produto não significa apenas que o trabalho dele se converte em objeto, assumindo uma existência externa, mas ainda que existe independentemente, fora dele mesmo, e a ele estranho, e que com ele se defronta como uma força autônoma. A vida que ele deu ao objeto volta-se contra ele como uma força estranha e hostil (Marx, 2017, p. 146, grifos do autor).

Além disso, a lógica capitalista atual aprofunda a exploração ao concentrar o domínio sobre o tempo de trabalho, o controle sobre o trabalho está cada vez mais ligado ao controle do tempo dedicado a ele. A intensificação das jornadas e a imposição de metas cada vez mais rigorosas colocam os trabalhadores em um cenário de constante exaustão. Além disso, Zgiet (2021) ressalta que a exigência para que os trabalhadores atuem de forma mecanizada acaba por excluir emoções negativas, como angústia e luto, tornando-as cada vez menos vivenciadas. Essa dinâmica compromete a saúde mental e física dos sujeitos, refletindo os impactos do modelo de produção flexibilizado, que prioriza a acumulação de lucros em detrimento do bem-estar e da dignidade no trabalho.

Em uma visão ampla do ambiente de trabalho, Antunes (2015) destaca a precarização como fator de adoecimento e, por isso, nesta análise, de possível condição de incapacidade laboral, conforme problematizado a seguir:

A pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores às demandas do mercado, cujas atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos, assim como a obsessão dos gestores do capital em eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento. (Antunes; Praun, 2015, p .414).

Além disso, afirma que há um crescente processo de individualização do trabalho e a ruptura do tecido de solidariedade antes presente entre os trabalhadores. Anteriormente, a construção de laços no ambiente de trabalho permitia que fosse criada uma rede de apoio e que as questões fossem compartilhadas e tratadas no coletivo. A capacidade coletiva de transformar situações de sofrimento em brincadeiras e escárnio contribui para mascarar condições adversas e fortalecer laços de apoio subjetivo entre os membros do grupo. (Antunes; Praun, 2015). O trabalho individualizado barra a criatividade e a autonomia, enfraquecendo a mobilização dos trabalhadores e gerando acúmulo de frustrações. Os autores também destacam a gestão por metas e a terceirização como fatores de adoecimento no trabalho.

Assim, ao tratar da subjetividade dos trabalhadores, observa-se uma realidade de isolamento, caracterizada pela fragilidade dos vínculos e pela falta de inserção. Esse cenário compromete a construção de uma identidade coletiva, a partir da lógica de descartabilidade e pela constante desvalorização. Além disso, a discriminação presente no ambiente de trabalho aprofunda esse distanciamento, tornando mais difícil o fortalecimento de uma solidariedade de classe (Antunes, 2018). Além do estímulo à competitividade, que reforça a fragmentação de classe, desestruturando a organização dos trabalhadores que poderiam confrontar as dinâmicas de exploração. Dessa forma, é possível observar a ação do “capitalismo manipulatório”, termo de Lukács, ao capturar a subjetividade dos indivíduos. Nesse contexto, “o sofrimento que pode levar a um transtorno mental é gerado principalmente pela falta de sentido e de reconhecimento no trabalho” (Zgiet, 2021, p.123).

2.2 A terceirização como fator de sofrimento psíquico no contexto laboral

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foi aprovada em 1º de maio de 1943, no governo de Vargas do Estado Novo, por meio do Decreto-Lei nº 5.452 e apresenta um marco fundamental na luta dos trabalhadores. A CLT também foi a forma que o governo à época encontrou para abafar as insatisfações da classe trabalhadora, diminuindo o risco de revoltas e de instabilidade política. A norma foi um dos primeiros instrumentos de inclusão social do país, garantindo direitos como férias, pagamento de hora extra, aviso prévio, licença-maternidade, proteção contra demissão sem justa causa e seguro-desemprego. Posteriormente, muitas das proteções trabalhistas que estavam na CLT, foram incorporadas na Carta Magna de 1988, na redemocratização.

A Constituição de 1988 consolidou avanços significativos na regulamentação dos direitos trabalhistas no Brasil, garantindo maior proteção aos indivíduos. Entre os direitos assegurados estão a jornada de trabalho limitada a 8 horas diárias e 48 horas semanais, o aviso-prévio proporcional ao tempo de serviço e a licença-maternidade. Além disso, foram estabelecidos benefícios como férias remuneradas, vale-transporte, vale-alimentação e o 13º salário, fundamentais para a valorização do trabalho. Também se reforçou a segurança social por meio da obrigatoriedade do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e da contribuição ao INSS, garantindo proteção em casos de aposentadoria, invalidez ou desemprego.

Contudo, ao longo dos anos, as leis trabalhistas e sociais foram passando por contrarreformas, abrindo espaço para a precarização do trabalho, principalmente a partir da terceirização. De acordo com Antunes (2018), a terceirização no Brasil tem origem nas Leis nº 5.645/1970 e 6.019/1974, que tratam desse processo em serviços, de vigilância, transporte, limpeza e assemelhados, mas ilícita a terceirização de qualquer atividade permanente das empresas.

A terceirização explica-se por, enquanto no contrato dos trabalhadores não-terceirizados, há uma relação direta entre o empregador e o empregado, na terceirização, a contratação envolve três partes: o cliente, que é a empresa responsável por demandar os serviços; a terceirizada, que fornece os serviços solicitados; e o trabalhador, cuja contratação é realizada diretamente pela empresa terceirizada, e não pelo cliente (Silva, 2023). Em março de 2017, foi sancionada a Lei nº 13.429, a Lei da Terceirização, elaborada com o objetivo de regulamentar a prática.

Dessa forma, as empresas diminuem os custos operacionais ao contratar serviços terceirizados, se adaptando mais rapidamente às demandas do mercado, e como consequência, gerando mais mais-valor e exploração. Os trabalhadores, por sua vez, recebem salários mais baixos, menos benefícios e têm menos estabilidade em comparação com os funcionários diretos, dificultando a organização e a reivindicação de seus direitos, devido à precariedade do serviço. Assim, com salários reduzidos, jornadas de trabalho prolongadas, frequentes violações das leis trabalhistas e o aumento de acidentes e doenças ocupacionais, a terceirização continua a se expandir de forma acelerada (Antunes, 2018).

O contexto atual, então, é de sofrimento social. De acordo com Werlang e Mendes (2013), esse tipo de sofrimento surge na medida em que a modernidade coloca o indivíduo no

centro, reivindicando-o como sujeito livre, autônomo e responsável de si, contudo, “retira as sustentações sociais e os dispositivos de formação desse mesmo indivíduo” (Werlang; Mendes, 2013, p.753). Esse processo é resultado da precarização, que se dá de diversas maneiras.

Le Lay (2007) observou uma relação direta entre o sofrimento social da classe trabalhadora com as condições de trabalho e a precarização salarial. Em seus estudos, não trabalhar resulta em sentimento de inutilidade e falta de reconhecimento. O sujeito sente-se fora da sociedade, a partir da problematização sobre exclusão: “A necessidade de reconhecimento como digno de existência dentro de um mundo precário traz em si o risco do não reconhecimento, da exclusão como uma forma de condenação social” (Werlang; Mendes, 2013, p.758).

Para Le Lay (2007), o sofrimento social funciona como um mecanismo que reorganiza as relações de poder. Assim, as formas como ele se manifestam e se reproduzem influenciam diretamente a maneira da governabilidade⁵ sobre as classes populares. Além disso, esse sofrimento envolve os próprios membros dessas classes, levando-os a modificar suas formas de luta para enfrentá-lo. Esse processo contribui para reverter a responsabilização individual que se fortaleceu entre os séculos XVIII e XX. Então, com conceitos foucaultianos, o sofrimento, para Le Lay, seria mais uma ferramenta de controle dos trabalhadores, incentivando a lógica da individualização, revertendo o avanço histórico das lutas contra condições precárias de trabalho.

A palavra sofrimento é sugerida uma vez que parece não indicar, como a dor, uma localização específica no corpo, uma localização anatômica como uma dor orgânica, mas se trata de uma dor da existência, de um sofrimento que até pode vir acompanhado de uma dor orgânica, mas também da humilhação e do menosprezo social e, como regra geral, certa insuficiência de regulação social. É um sofrimento psíquico, todavia sua origem social encontrar-se-ia no fato de que não existiriam indivíduos isolados, como já afirmado anteriormente, e encontra-se acompanhado de avanço das transformações sociais (Werlang; Mendes, 2013, p.764).

A questão do sofrimento social vai, portanto, além da causa laboral e vincula-se às várias dimensões da vida como as relações familiares e a saúde. Esse sofrimento é resultado do medo da perda ou da perda em si desses objetos sociais, “o todo da vida composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite viver a cada dia, a vida psíquica, a vida interior composta pela subjetividade” (Werlang; Mendes, 2013, p.766). Dentro desse cenário, então, não há perspectiva de futuro, desencadeando em adoecimentos psíquicos patológicos, como a

⁵ O poder que atua vinculado aos agentes e os dispositivos de dominação que atuam na sociedade capitalista.

depressão. “A adequação da pessoa a uma forma de vida que nega sua própria humanidade - submissa ao trabalho assalariado- por vezes também é apontada como loucura” (Zgiet, 2021, p.124).

2.3 Trabalho e políticas de saúde

A construção das políticas públicas de saúde surge da preocupação com a saúde dos trabalhadores (Zgiet, 2021). A saúde, enquanto parte do tripé da seguridade social no Brasil, é uma política de proteção social, assim como a previdência, contudo é garantida sua gratuidade e universalidade. Não à toa o Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista do processo de democratização e previsto na Constituição federal de 1988 a partir da luta do movimento pela Reforma Sanitária. Seus serviços foram regulamentados pelas Leis n.º 8.080 e 8.142, em 1990, tratando da participação da sociedade na gestão e as suas bases de funcionamento (Brasil, 2011).

Em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) é regulamentada pela Portaria nº 1.823/2012. Essa normativa estabelece princípios, diretrizes e estratégias para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores em seus contextos laborais (Brasil, 2012). Dessa forma, a PNST abarca todos os trabalhadores, sem distinção, como previsto na própria lei,

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (Brasil, 2012, Art.3).

Assim, a legislação reconhece o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. “As consequências do trabalho para a saúde são resultado da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade com os trabalhadores” (Lacaz, 2007). Em razão disso, a PNST alinha-se com as políticas de saúde do SUS, mas destaca a importância de atentar-se às especificidades do trabalho nesse contexto, como território, identificação das demandas e estabelecimento de parâmetros no ambiente e nos processos laborais.

Para a implementação da PNST, conforme o art. 6º, é fundamental articular as ações individuais de assistência e recuperação dos agravos com as ações coletivas voltadas para a

promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades laborais, além da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores. Essa articulação deve integrar o planejamento e a avaliação com as práticas de saúde, valorizando tanto o conhecimento técnico quanto os saberes, experiências e a subjetividade dos trabalhadores, em diálogo com as práticas institucionais existentes (Brasil, 2012).

Ainda, a legislação demarca as especificidades considerando os aspectos de risco à saúde com condições de trabalho precárias, priorizando aqueles em situação de risco.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção (Brasil, 2012, Art.7) .

PNST não trata de forma explícita e específica questões relacionadas à saúde mental e sofrimento psíquico dos trabalhadores. Por esse motivo, destacam-se outras normativas mais amplas que regulamentam esses serviços e instituem uma atenção no SUS, com destaque para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo acesso destina-se a todos que dela necessitam, sendo sua entrada pela Atenção Primária. A RAPS conta com: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (Brasil, 2011).

A ausência de debates sobre saúde mental na PNST não diminui a importância do tema; pelo contrário, enfraquece a assistência aos trabalhadores e ignora as particularidades do adoecimento mental no contexto laboral. A falta de reconhecimento dessas questões pode comprometer a formulação de políticas eficazes para a prevenção e o cuidado. Diante disso, no próximo capítulo, serão analisados os dados sobre a concessão do Benefício por Incapacidade Temporária (BIT) em decorrência do sofrimento psíquico, buscando compreender a relação entre as condições de trabalho e o adoecimento mental.

3 CONCESSÃO DO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM DECORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

3.1 Contextualização do Benefício Incapacidade Temporária

O inciso I do art. 201 da Constituição Federal trata da “cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada” (Brasil, 1988). O denominado Benefício por Incapacidade Temporária (BIT), popularmente conhecido como auxílio-doença, faz parte do conjunto de direitos da previdência social no Brasil e tem algumas peculiaridades. Conforme Boschetti (2009), o auxílio-doença é considerado um tipo de seguro-saúde, sendo regulado pelas normas da previdência social.

O antigo auxílio-doença, faz parte do conjunto de direitos ao trabalhador segurado pelo INSS que se encontra incapacitado para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos. De acordo com o Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária (INSS, 2018), a incapacidade laborativa é caracterizada como a impossibilidade de o segurado desempenhar as funções específicas de sua atividade, função ou ocupação habitual devido a alterações morfopsicofisiológicas decorrentes de doença ou acidente. Trata-se de um direito garantido através do artigo 18 da Lei nº 8.213/1991. Pode ser enquadrado nos Códigos da Espécie (INSS) como B-31 (previdenciário) ou B-91 (acidentário), ou seja, pode não decorrer de causas relacionadas ao ambiente de trabalho, contudo, incapacitar a atividade laboral. Ou pode decorrer de acidentes de trabalho e situações do ambiente laboral.

O auxílio por incapacidade temporária é um benefício concedido ao segurado impedido temporariamente de trabalhar (quando segurado obrigatório) ou exercer suas atividades habituais (quando segurado facultativo) por doença ou acidente, ou por prescrição médica (por exemplo, no caso de gravidez de risco): no caso de empregados urbanos e rurais, acima do período previsto em lei como sendo de responsabilidade do empregador; e, nos demais casos, a partir do início da incapacidade temporária, desde que o afastamento seja superior a 15 (quinze) dias. (Lazzari, 2023, p.367)

Para que o trabalhador tenha acesso ao benefício, são requisitos: qualidade de segurado, comprovação de condição de incapacidade laboral por meio de laudos e perícias médicas, além do cumprimento da carência mínima de 12 meses. A carência não é exigida, em caso de acidente do trabalho, doenças ocupacionais e situações equiparadas, ou acidente de outra natureza, e no caso de doenças tipificadas no art. 151 da Lei nº 8.213/1991 (com a

atualização da Portaria Interministerial MTP/MS nº 22/2022), como graves, contagiosas ou incuráveis (Lazzari, 2023). Sendo assim, para a comprovação da condição de incapacidade, é necessário que a circunstância de saúde seja codificada de acordo com o padrão internacional, CID (Classificação Internacional de Doenças).

A qualidade de segurado está relacionada ao período em que o trabalhador efetua pagamentos mensais à previdência social. Se houver perda da qualidade de segurado e o indivíduo ficar temporariamente incapacitado para o trabalho, independentemente do momento de sua inscrição ou filiação ao RGPS, as contribuições realizadas antes dessa perda só poderão ser consideradas para fins de carência após o segurado ter efetuado, na nova filiação ao RGPS, pelo menos metade do número de contribuições exigidas, ou seja, seis contribuições mensais. Essa regra é válida para fatos geradores do benefício ocorridos a partir de 18/06/2019, data de início da vigência da Lei nº 13.846/2019 (Lazzari, 2023). A qualidade de segurado pode ser mantida por um período em que o trabalhador não esteja contribuindo, sob a lógica do BIT.

O segurado, como principal interessado, é normalmente responsável por solicitar o auxílio por incapacidade temporária. No entanto, conforme o art. 76-A do RPS, alterado pelo Decreto nº 10.410/2020, a empresa também pode, de forma facultativa, apresentar o requerimento desse auxílio ou documentos relacionados em nome de seu empregado ou de contribuinte individual a ela vinculado ou que esteja prestando serviços para ela, conforme as normas do INSS. Nessa situação, a empresa será informada sobre as decisões tomadas pelo INSS, preservando-se as informações sigilosas de acordo com regulamentações estabelecidas em ato do INSS.

Em suma, nos primeiros 15 dias de incapacidade para o trabalho, a empresa é responsável pelo pagamento do salário, porque esse período não é coberto pelo BIT. A partir do 16º dia de incapacidade, o trabalhador pode se tornar elegível para solicitar o benefício. Até o 30º dia de incapacidade, o trabalhador deve iniciar o processo de solicitação, que inclui participar de perícias médicas, apresentar laudos médicos e fornecer documentos que comprovem sua condição de saúde. Para o segurado empregado, o auxílio por incapacidade temporária é devido a contar do 16º dia de afastamento da atividade e durante os 15 primeiros dias do afastamento da atividade incumbe à empresa pagar o salário (art. 60, § 3º, da LBPS). A regra se aplica, também, ao trabalhador intermitente de que trata o art. 452-A da CLT, pois não há como diferenciar essa espécie de empregado urbano dos demais, por falta de amparo legal. Para os demais segurados, a) a partir do 1º dia de incapacidade, desde que o afastamento seja superior a quinze dias, e caso requerido até o 30º dia do início da incapacidade; b) da data do requerimento,

quando requerida após 30 dias do início da incapacidade (Lazzari, 2023). Em se tratando de segurado empregado doméstico, o empregador não tem a obrigação de pagar os primeiros dias de incapacidade, pois não há previsão legal nesse sentido, sendo tal ônus da Previdência Social (art. 60 da Lei nº 8.213/1991).

Após a concessão do benefício, o segurado passará por uma perícia médica revisional para verificar se a incapacidade ainda persiste. Durante essa avaliação, o médico perito examinará se a condição de saúde que originou o benefício se agravou a ponto de se tornar permanente ou se houve recuperação. Se for constatada a recuperação, o segurado será encaminhado para um programa de reabilitação, podendo retornar ao trabalho, mesmo que em uma função diferente da original. O benefício não pode ser acumulado com nenhum outro benefício da previdência, por outro lado, se a incapacidade for confirmada como definitiva, o segurado deverá dar início ao processo para obter a aposentadoria por incapacidade permanente.

É importante reforçar que todos os trabalhadores, desde que estejam na condição de segurados, urbano ou rural, têm direito ao benefício, considerando que a Constituição Federal de 1988 não faz diferenciação entre os trabalhadores. Todavia, o BIT não é concedido ao trabalhador que possua algum tipo de doença antes de se filiar ao Regime Geral de Previdência Social. Contudo, o trabalhador pode ter acesso ao benefício caso ocorra um agravamento da doença que obviamente ocasione a sua incapacidade de continuar trabalhando.

A perícia médica necessária para a concessão do BIT é realizada por um perito médico da Previdência Social e deve atender vários requisitos no seu laudo. Dessa forma, o Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária de 2018 estabelece que o conceito de incapacidade deve abranger, de forma implícita, situações em que o exercício da atividade represente um risco evidente para o próprio indivíduo ou para terceiros, ou ainda a possibilidade de agravamento da patologia em questão. Além disso, a análise da incapacidade deve considerar fatores como grau, duração e a profissão desempenhada.

Portanto, a incapacidade laborativa, a partir da perspectiva pericial médica pode ser definida em, temporária, quando há expectativa de recuperação em um prazo previsível, ou indefinida, quando não se espera alteração em um período estimado, considerando os recursos terapêuticos e de reabilitação disponíveis no momento (INSS, 2018).

Quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser, parcial, quando limita o desempenho das atividades do cargo sem oferecer risco de morte ou agravamento, embora impeça o alcance do rendimento esperado em condições normais, ou como total, quando impossibilita completamente o exercício das atribuições do cargo, função ou emprego.

No laudo, deve-se também constar a história psicossocial e familiar, sendo imprescindível para a determinação do agravamento ou não da doença, que incluem, condições da habitação, saneamento básico, acessibilidade, mobilidade urbana, grau de instrução, relacionamento interpessoal, vida familiar e social, situação econômica (INSS, 2018).

Além disso, quando o segurado requerer novamente o benefício, dentro do prazo de sessenta dias da cessação de um benefício anterior, o profissional da área médica deverá pronunciar-se sobre a possibilidade de ser a incapacidade motivada pela mesma doença. Se restar comprovada que a doença incapacitante é a mesma (mesmo CID), será restabelecido o benefício anterior, descontados os dias de trabalho, se houver, sendo indeferido o requerimento atual, de acordo com o inciso 4 do art. 75 Decreto nº 3.048, de 1999.

Assim, pensando a parte da saúde e integridade que compõem a concessão do benefício por incapacidade temporária, de acordo com o Decreto nº 3.048, de 1999:

Art. 77. O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos (Brasil, 1999).

A duração do benefício cessa com a recuperação da capacidade laborativa, a transformação em aposentadoria ou a morte do segurado.

3.2 O recorte 2020 e 2022 - governo Bolsonaro e a Pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 impactou a saúde mental dos brasileiros, que se encontravam em situação de isolamento e com medidas governamentais emergências falhas. sobre o aspecto da pandemia por si só, a Fiocruz lançou um livro de orientações sobre a saúde mental neste período de risco. A interrupção abrupta das atividades cotidianas, como trabalho, estudos e convivência comunitária, sem previsão de retorno à “normalidade”, foi fator de sofrimento e insegurança devido à necessidade de lidar com um futuro incerto.

Além disso, a redução das interações presenciais intensificou a sensação de isolamento social, acompanhada por sentimentos de isolamento emocional e de privação de liberdade. “Essas consequências podem ser agravadas para pessoas que apresentam fragilidades nas redes socioafetivas, instabilidade no emprego e dificuldades financeiras, ou mesmo que não contam com um local adequado para se manter em distanciamento social” (Brasil, 2020, p.115). As

repercussões psíquicas negativas do distanciamento mental se prolongam mesmo após o fim da pandemia.

Esse contexto desfavorável abriu espaço para o desencadeamento de reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Ainda, o medo de se contaminar ou de que as pessoas ao seu redor se contaminam pela doença potencialmente fatal. “Observa-se também maior probabilidade de ocorrência de distúrbios do sono, abuso de substâncias psicoativas e ideação suicida, bem como agravamento de transtornos mentais preexistentes” (Brasil, 2020).

No governo de Bolsonaro é aprofundado o desmonte da política de saúde iniciado no governo Temer (Menicucci, 2024). A autora destaca três áreas de retrocesso no campo da saúde: a Atenção Primária, à saúde indígena e à saúde mental. Aqui, será salientado apenas o recorte de saúde mental como alicerce da concessão do BIT por sofrimento psíquico durante o governo Bolsonaro.

As alterações institucionais ocorridas (no âmbito da saúde mental) rompem com a concepção desenvolvida no país nas últimas três décadas, em consonância com a evolução do conhecimento e das práticas terapêuticas alicerçadas no conhecimento científico, sendo também resultado de um movimento pela chamada reforma psiquiátrica e luta antimanicomial (Menicucci, 2024, p.10).

Menicucci afirma que após o golpe institucional sofrido pela então presidente Dilma Rousseff em 2016, a política de saúde mental toma um rumo ligado à questões religiosas, conservadoras e mercantilistas, “com incentivo à hospitalização/institucionalização prolongada e utilização de métodos terapêuticos sem comprovação científica” (Menicucci, 2024, p.10), como o fortalecimento das “comunidades terapêuticas”, indo contra toda a luta da Reforma Psiquiátrica, que fez muitos avanços significativos ao longo dos anos contra a lógica manicomial, como movimento antipunitivista do adoecimento psíquico.

Em 2019, foi declarada uma “nova Política Nacional de Saúde Mental”, o termo talvez pudesse ser trocado por retrocesso da Política Nacional de Saúde Mental. As medidas tomadas pelo governo Bolsonaro são contrárias à Lei 10.216, de 2001, que garante direitos, como o acesso ao melhor tratamento, a dignidade e a inclusão social, para pacientes em sofrimento psíquico. A Lei da Reforma Psiquiátrica entende a internação como último recurso, com preferência aos serviços de base comunitária, diferentemente da “nova política de saúde mental” e o incentivo à internação de longa permanência.

Menicucci destaca ainda que a estratégia adotada pelo desmonte foi feita através de Portarias e não pela revogação formal das leis anteriores, criando um caminho de restrição da política de forma indireta, uma mudança por camadas, com reflexos a longo prazo no sentido

de substituição. Esse processo envolve a direção “anti-esquerda”, buscando negar tudo o que foi introduzido e formalizado nos governos anteriores.

Várias medidas foram tentadas, mas bloqueadas ou revogadas, no bojo da divulgação pelo governo da intenção de revogação de cem (100) portarias sobre saúde mental, editadas entre 1991 e 2014, o que, se concretizado, ameaçaria diversos programas e serviços do setor, tais como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, para os quais era proposto que deixariam de fazer atendimento psiquiátrico, passando a fazer apenas reabilitação; o Programa de Volta pra Casa (PVC); as Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil; os Leitos em Hospital Geral, os Consultórios de Rua, as estratégias de Saúde Mental na Atenção Básica junto às Equipes de Saúde da Família (ESFs) e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), a comissão de Acompanhamento do Programa de Volta para Casa, entre outros (Menicucci, 2024, p.14).

Além disso, nega a cientificidade do SUS, explicitado na priorização das “comunidades terapêuticas”, com viés espiritual e religioso como ferramenta de prevenção e recuperação ao uso de drogas (Menicucci, 2024).

De acordo com Zgiet,

Com a possibilidade de uso de medicamentos de qualidade e com um contrato social que se considera menos cruel para com esse público, deve-se criticar o aprisionamento de pessoas por longos períodos em trabalhos forçados ou mal pagos em campos anexos aos manicômios, como eram chamados os hospitais colônia no Brasil (Zgiet, 2021, p.118).

Sobre o financiamento, Menicucci evidencia a estratégia de *default* e inviabilização sistêmica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que perdem recursos para comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, seguindo uma perspectiva anterior à Reforma Psiquiátrica, retomando um cenário com características manicomialais, incentivando financeiramente a institucionalização de pacientes em sofrimento psíquico.

De acordo com Menicucci (2024), a maior visibilidade negativa do governo Bolsonaro foi sua gestão da pandemia da Covid-19. Enquanto o SUS, que evitou uma catástrofe ainda maior, ao conseguir contrapesar os impactos da condução desastrosa e negacionista da pandemia por parte do governo federal. “O governo seguiu uma perspectiva negacionista, desacreditando o conhecimento científico, particularmente as vacinas, a recomendação de isolamento e uso de máscaras, e as indicações farmacológicas” (Menicucci, 2024, p.25). O próprio presidente à época, segundo Menicucci (2024), tinha uma postura marcada pela recusa em se vacinar e usar máscara, além de promover aglomerações ao longo de toda a pandemia. Essa atitude incentivou a descrença nas medidas não farmacológicas e incluiu comentários que

ironizavam os doentes e as mortes, revelando uma total falta de empatia em relação ao sofrimento da população

Durante a pandemia de covid 19, houve um número significativo de solicitações de BIT, especialmente por questões de saúde mental e condições relacionadas ao trabalho e estresse. A Tabela 2 apresenta o quantitativo de benefícios concedidos no período de 2020 a 2022, segundo o Ministério da Previdência Social (Brasil, 2023).

Tabela 2: Benefícios concedidos no período de 2020 a 2022

Concessão benefício por incapacidade temporária 2020 -2022	Meio Urbano	Meio Rural
Sexo Masculino	181.535	4.069
Sexo Feminino	263.831	6.131
Relacionados a transtornos mentais e comportamentais	445.366	10.200
Total	5.590.646	373.949

Concessão benefício por incapacidade temporária 2020 -2022	Meio Urbano	Meio Rural
Sexo Masculino	97,81%	2,19%
Sexo Feminino	97,73%	2,27%
Relacionados a transtornos mentais e comportamentais	97,76%	2,24%
Total	93,73%	6,67%

Concessão benefício por incapacidade temporária 2020 -2022	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Total	40,74%	59,26%

Fonte: Ministério da Previdência Social, 2023.

Isso significa que 269.962 pessoas do sexo feminino e 185.604 pessoas do sexo masculino encontraram-se em um grau de sofrimento psíquico entre 2020 e 2022, que as incapacitou de exercer atividade laboral por pelo menos 15 dias consecutivos. Totalizando uma diferença de 84.358 a mais do sexo feminino que tiveram o BIT devido a transtornos mentais e comportamentais concedidos. Importante ressaltar que no levantamento de dados de parte período, o INSS interrompeu os atendimentos presenciais e iniciou as atividades online, devido a pandemia de COVID-19.

Os descritos como “transtornos mentais e comportamentais” estão entre as principais razões para a ausência de trabalhadores e a perda de dias de trabalho (Junior, Fischer, 2015). No Brasil, são a terceira maior causa do afastamento laboral, nos seguintes termos: “Os

transtornos mentais são definidos como alterações do funcionamento mental que prejudicam a cognição, regulação emocional e comportamento do indivíduo” (Sá, Gomes, Dantas, 2023, p.2).

São classificados como transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria nº 2.309/2020,

Quadro 1: Doenças relacionadas ao trabalho - Transtornos mentais e comportamentais

Código	Descrição
F02	Demência
F05	Delirium
F06	Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física
F07	Transtorno orgânico de personalidade e do comportamento devidos a doença, lesão e disfunção cerebral
F09	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F11	Devidos ao uso de opiáceos
F12	Devidos ao uso de canabinóides
F13	Devidos ao uso de sedativos ou hipnóticos
F14	Devidos ao uso de cocaína
F15	Devidos ao uso de outros estimulantes
F16	Devidos ao uso de alucinógenos
F17	Devidos ao uso de fumo
F18	Devidos ao uso de solventes voláteis
F19	Devidos ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas
F22	Transtornos delirantes persistentes
F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios
F32	Episódios depressivos
F33	Transtorno depressivo recorrente
F41	Transtornos ansiosos
F43	Reações ao stress grave e transtornos de adaptação
F45	Transtornos somatoformes
F48.0	Neurastenia
F48.8	Outros transtornos neuróticos especificados
F51.2	Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos
X60-84	Lesões autoprovocadas intencionalmente
Z73	Síndrome de burnout ou esgotamento profissional

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria nº 2.309 de 2020.

No estudo de Sá, Gomes e Dantas (2023), durante o período de 2006 a 2021, o primeiro lugar no número de registros, em todos os anos, foram os episódios depressivos (CID F32). Em segundo lugar, em todos os anos a partir de 2009, os transtornos ansiosos (CID F41). “O terceiro lugar variou entre transtorno depressivo recorrente (CID F33), transtornos ansiosos (CID F41) e em seguida, transtornos devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (CID F19)” (Sá, Gomes, Dantas, 2023, p.6). O quinto lugar em 2020 e 2021 ficou relacionado ao stress grave e transtornos de adaptação (CID F43), o que não acontecia desde 2007. Ainda, as pesquisadoras também observaram um aumento de 34,44% em afastamentos por transtornos mentais e do comportamento entre 2019 e 2020.

3.3 O impacto do sofrimento psíquico na realidade social e na vida dos trabalhadores brasileiros.

Ao considerar o recorte de concessão de benefício temporário feito entre 2020 e 2022 por "transtornos mentais e comportamentais" também é possível perceber o impacto da realidade social nas questões subjetivas dos trabalhadores brasileiros e como isso tem impactado na sua atividade laboral. A subjetividade é construída a partir das mediações de práticas sociais que permeiam a vida todo momento. Assim, a realidade social é determinante ao abordar a subjetividade. “A subjetividade reflete a forma dialética como o indivíduo se apropria das suas relações sociais ao longo da vida” (Bisneto, p.182, 2007).

Os diagnósticos de loucura mostram as contrariedades dos valores sociais vigentes. Então, a preocupação que a sociedade tem em neutralizar, em esconder, a loucura é que as adversidades econômicas, morais, sexuais, políticas, sejam abafadas. Assim, o “louco” que será tratado como anormal e o sistema em vigor não será questionado. Assim, para Bisneto, o que é divergente tende a ser interpretado pelos interesses instituídos como algo doentio, antissocial ou irracional, sendo frequentemente visto como algo que precisa ser corrigido ou excluído.

De maneira contraditória, ao mesmo tempo que a sociedade capitalista tenta ocultar, anular a loucura, o adoecimento mental cresce conforme as mazelas do capitalismo vão se atenuando. “O desemprego, a ameaça demissão, a sobrecarga de trabalho e a perda de autonomia desvanecem os projetos de vida pessoais e comunitários, conduzindo a quadros de depressão” (Bisneto, p.183, 2007).

Se os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora, na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da informalidade no trabalho e de vínculos afetivos: além da informalidade no trabalho, há a precarização das relações sociais em todas as formas de institucionalização social.” (Bisneto, p. 182, 2007).

Atentando-se, então, a dinâmica adoecedora e incoerente de trabalho no capitalismo,

Onde se vê uma pessoa adaptada ao trabalho alienado, ve-se alguém irracional; onde se vê alguém incapaz de adequar-se ao trabalho assalariado, ve-se o exercício da razão. Tanto a alienação mental quanto a alienação no trabalho, trazem à tona o sofrimento e a condição de existência da classe dependente do trabalho (Zgiet, p.124, 2021).

A loucura não pode ser tratada com uma base puramente orgânica. Está relacionada à cultura e ao social. Zgiet (2021, p.125) destaca que o conceito de loucura é relacional e a sociedade do capital é capaz de modificá-lo de acordo com suas necessidades. Portanto, a questão da loucura nas sociedades modernas complexas está ligada à determinação do que é normal ou anormal para o capitalismo monopolista, sendo “anormal” aquele que não pode trabalhar nas normas padrões e, portanto, não gera lucro ao capital. “Os hospícios eram uma estratégia da chamada solução institucional para a segregação daqueles que não podiam trabalhar” (Zgiet, 2021, p.119). Assim, àqueles que não se adequaram à rotina das fábricas e também aqueles que eram adoecidos nos processos de trabalho e socialização.

É necessário compreender o sofrimento psicossocial dentro do contexto capitalista de produção e reprodução das relações sociais. "O que é identificado como doença é a expressão singular do sujeito no mundo e como a realidade social rebate na sua constituição subjetiva e objetiva" (Passos, p.12, 2022). O adoecimento psicossocial, então, não deve ser entendido como desordem ou periculosidade. Passos destaca até que pode ser uma ferramenta de perpetuação da lógica burguesa para manutenção capitalista.

Considerando o sofrimento mental como ponto de incapacidade laboral temporária, é possível perceber que pessoas do sexo feminino, entre 2020 e 2022, apresentaram mais concessão do benefício do que pessoas do sexo masculino. Percebendo a saúde mental como fruto, também da constituição da realidade concreta, o sexo feminino apresentou mais questões de sofrimento mental nesse período. Infelizmente, o anuário do INSS não disponibiliza uma pesquisa que abarque a diversidade sexual e a identidade de gênero, fornecendo apenas a diferença entre "sexo feminino" e "sexo masculino", seguindo a lógica binarista da sociedade heterocispatricial.

A ausência de dados ligados à raça e à previdência social no anuário da previdência limitam a análise quantitativa da relação da concessão do benefício por incapacidade temporária por CID de transtornos mentais e comportamentais. E, por isso, também restringe a análise quantitativa da relação com o sofrimento psíquico da população negra, que compõe a maioria da população brasileira, com a incapacidade temporária laboral. Contudo, considerando a história de formação da população brasileira e seu passado colonial, é possível sim fazer uma relação entre o sofrimento psíquico dessa população com o trabalho, a partir da herança histórica do racismo estrutural e a marginalização da população negra no Brasil. "O domínio de homens brancos em espaços de poder e tomada de decisão é uma das razões para que o desenvolvimento da política de previdência social historicamente ocorra despreocupado-se das condições de acesso da população negra" (Lima, 2021, p. 193).

CONCLUSÃO

O trabalho no capitalismo é um fator de sofrimento mental porque expropria a subjetividade dos trabalhadores e impõe um ambiente laboral cada vez mais precário, afetando também as relações sociais. No Brasil, esse quadro se agrava devido a particularidades sócio-históricas, como evidenciado no perfil dos trabalhadores analisados no Capítulo 1. A informalidade, enquanto elemento de precarização, tem maior impacto na população negra e nas mulheres, tornando essa parcela da sociedade mais suscetível ao sofrimento psíquico.

No entanto, a ausência de dados sobre raça e etnia no Anuário da Previdência dificulta a análise da correlação entre esses fatores e a concessão do Benefício por Incapacidade Temporária (BIT), o que não diminui a importância do tema, mas ressalta a necessidade de pesquisas do INSS que incluam essas informações. A desconsideração desses dados perpetua desigualdades que precisam ser documentadas para embasar estratégias de mitigação e superação dessas disparidades. Portanto, é fundamental a desagregação dos dados, considerando variáveis como raça, idade, identidade de gênero, região e outras especificidades, garantindo uma análise mais precisa e justa.

Dessa forma, todavia, os dados de gênero que são levantados pelo anuário expõem a realidade de pessoas que se identificam com o sexo feminino e o sofrimento mental que incapacita o trabalho. Assim, mais da metade da concessão de BIT entre 2020 e 2022 foi para mulheres. Essa realidade dialoga diretamente com os dados sobre trabalho, nos quais mais mulheres estavam no trabalho informal e na realização dos afazeres domésticos. Assim, além de passar pela precarização do capital durante a jornada comercial, têm jornada contínua em casa.

Sobre o recorte do governo Bolsonaro, é evidente que os desmantelamentos das políticas públicas, que visam amenizar as expressões da questão social, nesse caso especificamente, de saúde mental, tiveram impacto negativo no acesso ao tratamento psíquico da população. Isto, enfatizado pelo cenário pandêmico, que foi permeado por medo, insegurança e adoecimento, causando um contexto de sofrimento social.

Nessa perspectiva, para além da patologização mostrada pela tabela do capítulo 3, percorrendo sobre cada doença e seu CID, os fatores da realidade concreta são causas de sofrimento mental que podem ter como consequência o diagnóstico, mas sem a superação das desigualdades e da ordem capitalista, não serão de fato “tratados” ou, no caso, superados.

Assim, o sofrimento mental permanece enquanto o trabalho estiver ligado à lógica capitalista e não for emancipado.

REFERÊNCIAS

- ALANO, C. Macedo; MOREIRA, Joana I. S. **Serviço Social na previdência social: gênese, desenvolvimento e perspectivas contemporâneas**. SER Social, Brasília, v. 19, n. 40, p. 31-48, jan.-jun. 2017.
- ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil). **100 anos da Previdência Social**. Brasília: ANFIP, 2023.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 29-60.
- BARROS, Igor. **A emergência da população como problema político: o conceito de governamentalidade em Michel Foucault**. Existência e Arte – Revista Eletrônica do Grupo PET – Ciências Humanas, Estética da Universidade Federal de São João Del-Rei, ANO XI, Número XI, 2018-2019.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: CFESS; ABEPSS (Org.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 jul. 2024.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm.
- BRASIL. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3807-26-agosto-1960-354492-publicacaooriginal-1-pl.html>.
- BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.309, de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

CARNOLHO, Reinaldo. **O trabalho produtivo na teoria marxista**. Campinas: UNICAMP, 2007.

CARTAXO, Ana Maria Baima; CABRAL, Maria Socorro dos Reis. **Seguridade social, Previdência e Serviço Social: desafios do tempo presente**. São Paulo: Cortez, 2021.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Luta antimanicomial: a reforma psiquiátrica que queremos**. Caderno CFESS Manifesta, n. 8. Brasília, DF: CFESS, 2010.

FREITAS, Bruna; et al. **A história do trabalho e a criação da CLT**. Revista de Direito do Trabalho, Processo do Trabalho e Direito da Seguridade Social, Bahia, 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2022**.

IBGE. **Painel do IBGE - PNAD**. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>.

INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária**. Brasília, 2018.

JÚNIOR, João; FISCHER, Frida. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais**. Revista Bras. Epidemiol., v. 18, n. 4, p. 735-744, out.-dez. 2015.

LACAZ, Francisco. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

LAZZARI, João Batista; CASTRO, Carlos Alberto Pereira de. **Direito previdenciário**. 3. ed., rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense; MÉTODO, 2023.

MACHADO, Fabiane; GIONGO, Carmen; MENDES, Jussara. **Terceirização e Precarização: Uma Questão de Sofrimento Social**. Psicologia Política, v. 16, n. 36, p. 227-240, maio-ago. 2016.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 2017.

MENICUCCI, Telma. **A política de saúde no governo Bolsonaro: desmonte ou mudança institucional?** 14º Encontro ABCP, 2024, Salvador.

RODRIGUES, Bruna Ângela. **A Situação da Mulher na Previdência Social**. In: SILVA, Maria Lúcia Lopes da (Org.). **A contrarreforma da previdência social no Brasil: uma análise marxista**. Campinas: Papel Social, 2021.

SILVA, Leonardo. **Leis Trabalhistas — As Diferenças entre Contratação CLT e Terceirização**. Diário Oficial, 2023. Disponível em: <https://e-diariooficial.com/leis-trabalhistas-terceirizacao/>.

WESTIN, Ricardo. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos**. Agência Senado, Edição 57, 2019.

ZGIET, Jamila. **Saúde Mental e moral capitalista do trabalho: a dialética das alienações**. Curitiba: Appris, 2021.